Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-1A-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | ps 7904 2021 | C.D.P. No.: | 3597 | Proceso al que pertenece: | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH" |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS |
| Nombre del Contratista: | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | | | C.C. 1.033.729.679 | de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2021-11-16 | Fecha Terminación inicial: | 2023-10-31 | Valor Mensual: $ 1.819.260 | Valor a cobrar: $ 848.988 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 848.988 | $ 259.000 | 1041082432 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 44.177.697 | $ 44.177.697 | $ 848.988 | $ 43.328.709 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-16 Hasta: 2023-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1 | Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. | Se realiza diligenciamiento de bitácora de entrega y recepción de turno |
| 2 | Participar en la actualización documental del servicio. | Participe en la actualización documental del servicio | Por medio de link diligenciamiento de información |
| 3 | Garantizar que los tiempos asignados para las desinfecciones terminales y rutinarias de los vehículos de emergencia | Garantice el cumplimiento de los tiempos asignados para las desinfeccion terminal y rutinaria de los vehículos de emergencia. | Informando a la central el inicio y el final de los tiempos de desinfección |
| 4 | Garantizar que la entrega de los insumos no exceda los tiempos autorizados por el CRUE | Garantice que la entrega de los insumos no excediera los tiempos autorizados por el CRUE. | reportando al CRUE de dicha terminación de tiempos |
| 5 | Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE | Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE | Inventario de existencia de insumos |
| 6 | Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas | Desarrolle las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas | Reportado en bitácoras, medios virtuales el inicio de turno |
| 7 | Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E | Se porta de manera decorosa camiseta, chaqueta, pantalon |
| 8 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad. | Uso constantemente de bioseguridad requerida según sea el incidente |
| 9 | Aplicación de listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. | Realice limpieza terminal y rutinaria según sea el caso |
| 10 | Informe y registro oportuno de datos críticos | Informe y registre oportunamente datos criticos. | Hace uso de protocolo "paciente inestable" para realizar pronta intervención y direccionamiento |
| 11 | Reporte y registro de sucesos de seguridad | Reporte y registre los sucesos de seguridad | se activa protocolo de sucesos de con jefe inmediato, ARL si se requiere y personal competente |
| 12 | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para cabal el cumplimiento de las actividades | Se porta de manera decorosa camiseta, chaqueta, pantalon |
| 13 | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo | Trate digna y humanizadamente al cliente interno como externo. | Correcto diligenciamiento de documentación, , e historia clinica. Jomando con el tiempo correspondiente para una buena atención respetuosa y empatica |
| 14 | Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades | Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que manejo de acuerdo al desarrollo de mis actividades | Se diligencio consentimiento informado para la realizacion y abordaje de la atencion, esto contemplado a la historia clinica |
| 15 | Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos fueron direccionados al taller y/o aseguradora | Al momento de la entrega de insumos biomedicos se diligencio personalmente documentacion, hoja de vida de cada biomedico y la verificacion de su funcionamiento |
| 16 | Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestion de calidad institucional | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestion de calidad institucional. | Asisti a los reperamientos del personal para ser capacitado |
| 17 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución | Diligencie planillas de asistencia, pretest y postest |
| 18 | Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad | Controle el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. | Optimice los recursoS de quirucidal, quruger quimetem supragel entre otros |
| 19 | Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Tramité en los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. | Personalmente entregue cuenta de cobro al personal administrativo encargado |
| 20 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | Cumpli las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Para realizar las actividades me presente a disposición a la subred centro oriente en secuencia de turnos y días asignados Para realizar a satisfacción las exigencias |
| 21 | Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" | Cumpli las demás actividades dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" | No presenté ausencia en el cuadro de turno durante el tiempo de contrato. |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Firma del Contratista

C.C. 1.033.729.679 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO: | Directora de Urgencias |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO No. 1**

**FECHA 30/11/2021**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD**
**CENTRO ORIENTE E.S.E.**
**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ**
**C.C. 1033729679**

**LA SUMA DE**

**OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS**

**($ 848.988)**

Por concepto de **84 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7904 2021,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2021**.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente



**DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ**
**C.C. No. 1.033.729.679**
**Teléfono: 3133665560 DIRECCION TRANSVERSAL 18Z #68D 34 SUR**
**N° CUENTA: 048828763 CUENTA DE AHORROS AV VILLAS**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-11-04, 04:41:09 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1041082432

**Periodo Cotización:** octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8817567250

**PAGADO 04/11/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | | |
| **Documento** | CC1033729679 | **Dirección** | CL 65 #19 D - 27 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3133665560 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1033729679 | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 908,526 | $ 145,400 | (EPS317) FAMISANAR EPS | $ 908,526 | $ 113,600 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259,000 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 | $ 0 | $ 259.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.